

めまい問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな	性別	小学生以下	ご住所 〒 ー 初診の患者様のみ記入
お名前	男	体重	
	女		
明・大・昭・平・令	年齢		携帯 ()
年 月 日生			電話 ()

いつからめまいがありますか	時間前	日前	週間前
	か月前	年前	
どのようなめまいですか	ぐるぐるまわる ・ ふわふわ ・ 立ちくらみ		
めまいのきっかけはありましたか	なし ・ あり ()		
頭を動かすとめまいが起きますか	いいえ ・ はい		
めまいの持続時間はどのくらいですか	秒	分	時間 日 現在持続
耳鳴り・耳つまり感・聞こえの悪さありますか	いいえ ・ はい ()		
初めてのめまいですか	いいえ ・ はい ()		
メニエール病と診断されたことはありますか	いいえ ・ はい ()		
手のしびれ・しやべりにくいことはありますか	いいえ ・ はい ()		
強くストレスを最近感じることはありましたか	いいえ ・ はい ()		
睡眠不足を感じますか	いいえ ・ はい ()		
貧血を指摘されたことはありますか	いいえ ・ はい ()		
どのような診察をご希望ですか？	十分な検査希望 ・ とりあえず症状を抑えたい		
その他、気になる症状をご記入くださいませ			

◆お薬の希望はありますか？	漢方希望 / 粉薬不可
◆現在、他院から処方されたお薬はありますか？	なし あり お薬名：
◆お薬にアレルギーはありますか？	なし あり→ (お薬名) 起きた症状→ 【 】
◆女性の方へ	妊娠の可能性 授乳の有無
	いいえ はい (か月) なし あり

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。
 ~ご記入が終わりましたら受付までお持ちくださいませ~